

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE BOUCHER

LES SÉQUENCES D'APPARITIONS DE LA  
CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL CHEZ LES  
ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES EN DÉPRESSION, EN TROUBLE DES  
CONDUITES OU PRÉSENTANT LA CONCOMITANCE DE CES TROUBLES

SEPTEMBRE 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art.16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le comité d'études avancées en psychologie. Le nom de la directrice pourrait donc apparaître comme co-auteure de l'article soumis pour publication.

## Remerciements

Je voudrais d'abord remercier ma directrice de mémoire Madame Diane Marcotte qui sans sa motivation et sa volonté de comprendre les adolescents, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu être possible. De plus, je voudrais remercier Madame Danielle Leclerc pour son support, son écoute et son aide apportés au niveau des statistiques. Je veux aussi souligner l'esprit d'équipe de mes consœurs du laboratoire de recherches en adolescence. Je termine par remercier toutes les personnes qui m'ont appuyé et aidé dans mes démarches de rédaction.

## Table des matières

Sommaire.....	2
Contexte théorique.....	3
Méthode.....	24
Résultats.....	26
Discussion.....	31
Conclusion.....	36
Références.....	38
Tableaux.....	46

## Sommaire

Cette étude s'intéresse à la consommation de substances chez les adolescent(es) présentant un trouble dépressif, un trouble des conduites ou une concomitance ces deux troubles. L'échantillon de l'étude est composé de 866 sujets provenant de trois écoles secondaires. Les données de cette recherche longitudinale, ont été recueillies pendant les années scolaires 1999-2000 et 2000-2001. Les instruments de mesure utilisés sont l'Inventaire de dépression de Beck et le *Behavior Assessment System Children* (Reynolds et Kamphaus, 1992) traduit par Marcotte (2000) mesurant le trouble des conduites. La consommation d'alcool et de drogues est évaluée par le questionnaire de délinquance auto-révélee des Mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (Leblanc, 1994). Les résultats démontrent qu'au temps 1, les sujets présentant un trouble des conduites consomment plus de drogues que les sujets du groupe contrôle et que les dépressifs. Les sujets concomitants consomment eux aussi davantage des drogues que les dépressifs et que ceux du groupe contrôle. Les résultats démontrent aussi que l'appartenance à un groupe clinique au temps 1 prédit une consommation plus élevée de drogues comparativement au groupe contrôle. Concernant la consommation d'alcool, aucun résultat s'est avéré significatif pour différencier les genres ainsi que pour distinguer les groupes cliniques du groupe contrôle.

Mots-clés : consommation de drogues et d'alcool, dépression, trouble des conduites, concomitance, adolescence

## Contexte théorique

À l'adolescence, la majorité des jeunes s'adaptent bien aux exigences de leurs nouveaux rôles sociaux. Certains jeunes vont toutefois développer des conduites déviantes, d'autres vont consommer abusivement des substances psychoactives et certains vont vivre des épisodes dépressifs. Le développement de ces troubles a des conséquences majeures sur l'adaptation sociale et émotionnelle des jeunes telles que le décrochage scolaire, le gangstérisme, l'isolement social, la judiciarisation ainsi que le suicide. Des distinctions importantes sont présentes entre les garçons et les filles chez qui l'âge et les séquences d'apparition de ces problématiques sont différentes.

La présente étude a donc pour but de faire état des séquences d'apparition de la consommation de drogues et d'alcool chez les adolescents et adolescentes en dépression, en trouble des conduites ou présentant la cooccurrence de ces deux troubles.

### *La dépression*

Pour la dépression, tout comme pour le trouble des conduites, il existe différents types de classifications, d'évaluations et de définitions. Dans la littérature, plusieurs termes sont utilisés pour désigner la dépression: humeur dépressive, syndrome dépressif, trouble dépressif majeur. L'humeur dépressive signifie une humeur triste ou une irritabilité. Le trouble dépressif majeur est basé sur les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et le syndrome dépressif est obtenu à partir d'un instrument auto-administré qui détermine la présence ainsi que l'intensité de symptômes

Dans la population adolescente, de 8 à 18 % des jeunes présentent des symptômes dépressifs (Reynolds, 1994). Miller-Johnson, Lochman, Coie, Terry et Hyman (1998) obtiennent des résultats semblables et rapportent que 6% des élèves qui ont été évalués à la sixième année du primaire présentent un nombre élevé de symptômes dépressifs. Par ailleurs, une étude réalisée par Essau, Conradt et Petermann (2000) démontre que 14 % des adolescents âgés entre 12 et 17 ans ont vécu un épisode de dépression majeure.

Il existe certaines différences chez les garçons et chez les filles dans l'évolution des états dépressifs. Entre autre, il y a présence de symptômes chez 20 à 35% des garçons tandis que chez les filles, 25 à 40% présentant ces symptômes. D'ailleurs, les garçons sont déprimés autant que les filles avant la puberté, mais par la suite les filles démontrent plus de symptômes dépressifs (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey et Grant, 1993). Par le fait même, selon Boyle et Offord (1991), les troubles émotionnels sont plus prégnants chez les filles avec 13,6% comparativement à 4,9% chez les garçons. Concernant la récurrence des états dépressifs, Kovac, Feinberg, Crousse-Novak, Paulauskas, Pollock et Finkelstein (1984) rapportent que même si les troubles dépressifs peuvent être détectés tôt, les jeunes qui connaissent des épisodes dépressifs durant l'enfance ou l'adolescence risquent de revivre un second épisode dans un intervalle de cinq ans, soit à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte.



### *Le trouble des conduites*

Alors que certains jeunes deviennent dépressifs, d'autres ont tendance à extérioriser leur malaise et à développer un trouble des conduites. Ce trouble est défini selon les critères du DSM-IV, par un ensemble de comportements qui vont à l'encontre des droits fondamentaux d'autrui, des normes et des règles sociales qui se présentent avec différents niveaux de sévérité (American Psychiatric Association, 1994). La prévalence du trouble des conduites augmente dramatiquement à l'adolescence (Frick, 1998). Deux à 4 % des enfants présentent un trouble des conduites considéré comme sévère (Shaffer, Fisher, Dulcan, Davies, Piacentini, Schwab-Stone, Lahey, Bourbon, Jensen, Bird, Canino et Regier, 1996) alors que chez les adolescents, les taux varient entre 6 et 12% (McGee, Feehan, Williams et Anderson, 1992). Il existe aussi des différences entre les genres. Les garçons démontrent plus de troubles des conduites que les filles, soit de 6 à 16% chez les adolescents et de 2 à 9% chez les adolescentes (American Psychiatric Association, 1994). Durant l'enfance cette différence semble être plus accentuée, alors qu'à l'adolescence les garçons prédominent toujours mais selon un ratio garçon:filles moins élevé, 4:1 durant l'enfance pour devenir 2:1 à l'adolescence (Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook, et Streuning, 1993). Les conduites déviantes qui composent ce trouble sont parfois répréhensibles et peuvent conduire les adolescents à des procédures judiciaires.

### *La consommation d'alcool et de drogues*

Associée autant au trouble des conduites qu'au trouble dépressif chez les jeunes, la consommation de substances est une problématique extrêmement préoccupante dans notre société. La consommation d'alcool et de drogues est devenue une pratique courante qui

survient de plus en plus tôt. Elle peut être définie par la variété des produits consommés, la fréquence de leur utilisation ainsi que l'âge du début de l'expérimentation de ces produits (Leblanc, 1994). Les études sur les habitudes de consommation des adolescents québécois révèlent que 16,8% des garçons et 9,8% des filles de 15 et 16 ans ont consommé plus de cinq fois de l'alcool ou des drogues (Vitaro, Zoccolillo, Romano et Tremblay, 1998). Kandel, Johnson, Bird, Canino, Goodman, Lahey, Regier, Schwab-Stone et Mary (1997) rapportent à partir d'un échantillon d'adolescents âgés entre 9 et 18 ans, que 47,8% d'entre eux affirment avoir déjà consommé des boissons alcoolisées et que 41,9% l'ont fait dans la dernière année. Dans cet échantillon, 2% des adolescents sont identifiés comme ayant un trouble de consommation de substances. Les chercheurs expliquent cependant ce faible résultat par la désirabilité sociale puisque les sujets devaient répondre oralement à l'évaluateur, alors ceci aurait eu comme conséquence de faire diminuer le nombre de sujets dans cette catégorie. Par ailleurs, une étude longitudinale de cinq ans auprès d'adolescentes (Rao, Daley & Hammen, 2000), démontre que 9,6% d'entre elles présentent un trouble de consommation de substances à la cinquième année de l'étude alors qu'elles ont environ 23 ans. Ces résultats corroborent bien ceux de Costello Erkanli, Ferferman et Angold (1999) qui suggèrent que 6% des adolescents de leur échantillon abusent ou dépendent d'une substance.

En ce qui concerne la trajectoire de la consommation, le développement de l'abus ou de la dépendance se fait environ six ans après la première consommation. Les garçons commencent à consommer du cannabis neuf mois plus tôt que les filles. Les adolescents qui développent un problème d'abus ou de dépendance, commencent à consommer plus tôt que

ceux qui ne développent pas ce trouble, tandis que chez les adolescentes qui développent un trouble d'abus ou de dépendance, les premières consommations débutent paradoxalement après celles des adolescentes qui ne développent pas ce trouble. Une autre différence entre les genres indique que les garçons qui abusent ou qui sont dépendants de substances à l'âge de 16 ans, débutent leur consommation deux ans et demi plus tôt que les filles qui présentent un abus ou une dépendance à une substance (Costello et al. 1999).

L'initiation aux drogues se fait habituellement par l'entremise du cannabis vers l'âge de 13 ou 14 ans, puis s'il y a poursuite de la consommation, c'est vers l'âge de 15 ans que les adolescents font usage de cocaïne pour la première fois (Brochu et Douyon, 1990). Dans l'étude longitudinale de Miller-Johnson et al. (1998), certaines séquences de consommation ont été établies chez les garçons et les filles. Pour la consommation d'alcool, les garçons qui rapportent en faire usage au cours de leur sixième année scolaire, montrent une augmentation de leur consommation au cours de leur huitième et leur dixième année scolaire. Par contre, chez les filles qui consomment de l'alcool en sixième année, le niveau de consommation augmente seulement à la huitième année et semble rester stable à la dixième année. Pour la consommation de marijuana, les garçons et les filles qui consomment en sixième année le font davantage en huitième et en dixième année.

Boyle, Offord, Racine, Szatmari, Fleming et Links (1992) ont aussi vérifié la séquence de consommation chez une population adolescente. Parmi les jeunes âgés entre 12 et 16 ans qui rapportaient consommer de l'alcool en 1983, seulement 18,9% ne consommaient plus quatre ans plus tard, alors que 37,7% rapportaient en consommer

davantage. De plus, parmi les adolescents engagés dans des consommations multiples en 1983, 47.1% rapportaient continuer à consommer à un même niveau quatre ans plus tard. Par ailleurs, les fréquences de consommation d'alcool, de drogues illicites et de cigarettes ne sont pas seulement associées au risque de développer un trouble de consommation mais aussi à l'augmentation du risque de vivre un trouble associé, tels un trouble d'anxiété, de l'humeur ou des conduites et ce, autant chez les garçons que chez les filles.

*La concomitance de la consommation de substance avec le trouble des conduites et les troubles dépressifs*

Qu'arrive-t-il lorsque ces troubles sont coexistants et quelles sont les différences chez les genres? Dans la littérature certains chercheurs utilisent deux catégories pour différencier les troubles que vivent les adolescents. Par exemple, la dépression, les troubles anxieux et les troubles panique sont caractérisés par des manifestations plus internes, ils font donc partie de la catégorie des troubles intériorisés. Par contre, les troubles des conduites, de consommation et d'hyperactivité dont le malaise est exprimé par des attitudes et comportements manifestes représentent la catégorie de troubles extériorisés. Dans l'étude réalisée par Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo et Pagani (1999), parmi les adolescents qui présentent un ou plusieurs troubles intériorisés (dépression, trouble anxieux) 10,5% rapportent aussi la présence d'au moins un trouble extériorisé (trouble de comportement), tandis que 20% des adolescents avec un problème extériorisé présentent aussi un trouble intériorisé. Une autre étude dans lequel le *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Shaffer, 1992) a été utilisé pour évaluer l'ensemble des troubles intériorisés et extériorisés auprès de 118 jeunes contrevenants, révèle que 27.1% des participants présentent une

concomitance de deux troubles extériorisés, 26.3% des contrevenants ont en concomitance deux troubles intériorisés, 15.25% vivent un trouble extériorisé et un trouble intériorisé et 31% ne vivent pas de trouble concomitant (Randall, Henggeler, Pickrel, et Brondino, 1999).

*Relation entre trouble des conduites et la consommation.* Plusieurs chercheurs ont étudié la relation entre le trouble des conduites (TC) et la consommation de drogues et d'alcool (CONS). Ces études ont permis de déterminer la nature de cette relation et de connaître l'importance de cette double problématique dans la population adolescente.

Il y aurait 3,7% des adolescents qui vivent un trouble de consommation de substances qui démontrent également un trouble des conduites (Vitaro et al., 1999). Selon l'étude, préalablement présentée, de Randall et ses collaborateurs (1999), les jeunes délinquants qui présentent deux troubles extériorisés en concomitance sont associés à une haute fréquence de gestes criminels, à la consommation d'alcool, de marijuana et autres drogues illicites. La coexistence des troubles extériorisés est aussi associée avec une augmentation des fréquentations des pairs déviants, à un bas niveau de cohésion familiale ainsi qu'à un pauvre fonctionnement scolaire.

*Relation entre la dépression et la consommation.* Pour ce qui est de la relation entre la consommation de substances et la dépression, elle a été examinée par Piacentini, Klein, Koplewicz, et Dciker (1990) dans une étude clinique où ils observent que dans l'histoire de consommation des adolescent(e)s dépressifs, 67% vont faire usage de drogues autres que la marijuana comparativement à seulement 8% des adolescent(e)s non dépressifs. De plus,

selon Vitaro et ses collaborateurs (1999), 2,2% de ceux qui ont un trouble de consommation présentent un trouble dépressif. D'ailleurs, Boyle et Offord (1991) dans leur étude sur les troubles psychiatriques et la consommation de substances chez les adolescents, montrent qu'il y a une relation significative entre les troubles émotionnels et l'utilisation de tabac, d'alcool et de drogues dures, mais non entre un trouble émotionnel et la consommation de marijuana.

La consommation d'alcool et les troubles dépressifs constitue une combinaison souvent identifiée dans les études sur la concomitance. Grilo, Walker, Becker, Edell et McGlashan (1997), ont démontré que le trouble de consommation d'alcool est particulièrement plus présent chez les sujets adolescents présentant une concomitance des troubles dépressifs et du trouble de consommation de substances (95%) contrairement aux sujets ayant seulement un trouble de consommation substances (78%). Ces résultats sont comparatifs à ceux de Clark, Pollock, Bukstein, Mezzich, Bromberger et Donovan (1997), qui énoncent que la dépression majeure est significativement plus commune dans le groupe de sujets présentant une dépendance à l'alcool.

Par ailleurs, dans l'étude de Randall et al. (1999) une relation particulière a été dégagée entre les troubles extériorisés et intériorisés. En effet, les analyses suggèrent que la présence de troubles intériorisés diminue les effets des troubles extériorisés chez les jeunes contrevenants qui connaissent un trouble d'abus ou de dépendance. Ce dernier résultats énoncent aussi que les adolescents avec un trouble intériorisé et un trouble extériorisé sont engagés dans un plus bas niveau de délinquance générale que ceux qui présentent deux

troubles extériorisés. Cette même relation est présente chez les consommateurs de drogues illicites, c'est-à-dire, ceux qui présentent un trouble intériorisé et un trouble extériorisé sont engagés dans un niveau plus bas de consommation.

*Relation entre la consommation, le trouble des conduites et la dépression.* Dans l'étude longitudinale de Miller-Johnson et al.(1998), les sujets ont été évalués en 6, 8 et 10 année scolaire. Les résultats ont démontré que la consommation d'alcool est plus élevée pour le groupe de jeunes vivant un trouble des conduites ou une concomitance du trouble des conduites et du trouble dépressif comparativement à ceux qui présentent seulement un trouble dépressif ou à ceux qui n'en vivent aucun. En ce qui concerne la consommation de marijuana, le niveau de consommation est plus élevé dans le groupe ayant une concomitance de troubles des conduites et dépressif en sixième et huitième année. De plus, il y a une différence significative de consommation de marijuana entre le groupe TC/DEP et le groupe DEP, de même qu'une différence entre le groupe TC/DEP et le groupe TC au deux premiers temps de l'évaluation. Ces résultats suggèrent qu'il y a une trajectoire distincte de consommation de marijuana pour les sujets vivant une concomitance du trouble des conduites et du trouble dépressif lorsqu'ils sont comparés avec des sujets vivant seulement un trouble.

En résumé, dans les études qui se sont intéressées à la concomitance mais sans différencier les genres, les résultats démontrent donc que le trouble des conduites est plus souvent présent chez le jeune consommateur de drogues et d'alcool. Toutefois, cette relation se montre moins prééminente surtout lorsqu'un trouble intériorisé telle la dépression

accompagne le trouble des conduites. Pour ce qui est des troubles dépressifs, il s'avère que l'alcool est en étroite relation avec ce trouble. D'ailleurs, la consommation d'alcool est plus souvent présente chez les adolescents ayant des symptômes dépressifs que peut l'être la marijuana et les autres types de drogues.

### *Les différences chez les garçons et chez les filles*

Au niveau des différences entre les genres, certains chercheurs comme Costello et al.(1999) énoncent que la concomitance du trouble des conduites et de la consommation de substances est celle qui revient le plus souvent chez les garçons. Toutefois, chez les filles cette relation est aussi présente et ce à un niveau de signification plus élevé que chez les garçons. Dans l'étude de Vitaro et ses collaborateurs (1998) sur les troubles dépressifs, les troubles de comportement et les troubles de consommation, les filles qui ont cette triple problématique sont 2 fois plus nombreuses que les garçons. Les adolescentes ayant un trouble dépressif ou en concomitance un trouble dépressifs et un trouble de comportement sont également plus nombreuses que les garçons. Par contre, les garçons démontrant un problème de consommation, un problème de comportement ou ayant les deux à la fois, sont plus nombreux que les filles. Au niveau des troubles dépressifs et de la consommation de substances, les garçons dépressifs ont un plus haut niveau de consommation d'alcool, de cannabis et de cigarette que les garçons non dépressifs.

D'ailleurs, Costello et ses collaborateurs (1999) montrent que la dépression est aussi fortement associée à l'abus ou à la dépendance à une substance et ce, surtout chez les garçons dépressifs qui ont une proportion significative de consommation pour chaque type



de substances (cigarette, alcool, marijuana et autres types de drogues) comparativement aux garçons non-dépressifs. Pour les filles, les proportions sont aussi élevées, toutefois les différences ne sont pas statistiquement significatives. Ces résultats peuvent cependant s'expliquer par la taille restreinte de l'échantillon de filles qui présentent un trouble de consommation et un trouble dépressif.

Toutefois, Rao et al., (2000) ont pu démontrer que chez les filles, il y a une proportion significative, c'est-à-dire, 16,2% qui ont connu un épisode de dépression majeure et qui ont vécu au cours de leur adolescence un problème de consommation, comparativement à 6,3% de celles qui n'ont pas eu d'épisode dépressif. De plus, dans cette même étude, parmi les adolescentes qui connaissent un problème de consommation, 53% vivent en concomitance un trouble dépressif majeur.

D'ailleurs, King, Ghaziuddin, McGovern, Brand, Hill et Naylor (1996) ont identifié une séquence qui démontre que les filles dépressives qui ont un problème d'abus d'alcool vont connaître un prolongement de leurs épisodes dépressifs. Ces résultats correspondent aussi à ceux de Clark et al. (1997) qui énoncent que la symptomatologie dépressive est beaucoup plus présente chez les filles vivant une dépendance à l'alcool que chez les garçons. King et al., (1996) expliquent ce type de séquence par le fait que la durée des épisodes dépressifs peut être induite par les effets dépressogènes de l'alcool. De plus, dans cette même étude une relation particulière est dégagée entre les trois problématiques. En fait, 15% des filles dépressives ont un trouble des conduites, 70% de ces filles présentent

une consommation importante d'alcool, comparativement à 22% des filles dépressives sans trouble des conduites.

Boyle et Offord (1991) ont aussi démontré que la relation entre les adolescents rapportant un trouble des conduites et ayant un problème de consommation varie chez les genres. Pour les garçons, le lien entre ces deux variables est davantage plus faible que chez le genre féminin. Dans plusieurs études sur la consommation d'alcool, les filles vivent des problèmes associés à l'alcool dans une proportion plus grande que les garçons. Toutefois, il y a aussi des études qui démontrent le contraire comme l'étude longitudinale de Miller-Johnson et al., (1998). En fait, les niveaux de consommation d'alcool sont équivalents chez les genres de la sixième à la huitième année scolaire. Cependant, de la huitième à la dixième année chez les filles il y a une augmentation graduelle, tandis que chez les garçons la consommation quadruple. D'ailleurs le niveau de consommation d'alcool chez les garçons dans les groupes où il y a présence de trouble des conduites est significativement plus haut que dans le groupe sans trouble des conduites et le groupe dépressif. Toutefois chez les filles le niveau d'alcool apparaît être le même à travers les quatre groupes (TC/CONS, DEP/CONS, DEP et TC). Ces résultats distincts aux autres études peuvent cependant s'expliquer en partie par l'origine ethnique de l'échantillon qui est composé d'américain(e)s d'origine africaine. Pour la consommation de marijuana, les niveaux sont aussi équivalents chez les genres à la sixième et à la huitième année scolaire. Toutefois, à la dixième année scolaire, l'utilisation de marijuana augmente pour les garçons mais le niveau des filles reste le même. D'ailleurs, l'augmentation pour les garçons est particulièrement évidente dans les groupes où le trouble des conduites est présent.

Au niveau des études cliniques, celle de Grilo, Becker, Fehon, Walker, Edell et McGlashan (1998) sur les différences chez les garçons et chez les filles qui ont un trouble de consommation d'alcool, démontre que l'âge de la première hospitalisation psychiatrique chez les filles se produit significativement plus tôt que chez les garçons. De plus, les filles répondent en général plus souvent aux critères d'un trouble additionnel de consommation que les garçons, d'ailleurs elles répondent particulièrement aux critères de trouble de consommation d'hallucinogènes.

En résumé, il existe des distinctions chez les garçons et les filles présentant un ou plusieurs de ces troubles, mais il est difficile de déterminer précisément ce qui différencie les genres. Tout de même, il existe des tendances qui reviennent dans les études. D'abord, les filles dépressives obtiennent des niveaux de consommation d'alcool élevés que les garçons tandis que lorsque ceux-ci sont dépressifs, ils entretiennent davantage des habitudes de consommation de marijuana ainsi et autres types de drogues. Par ailleurs, les garçons ainsi que les filles ont tendance à consommer davantage d'alcool et des drogues lorsqu'ils vivent un trouble des conduites et cette relation est aussi prégnante lorsqu'il présente seulement un trouble dépressif. Toutefois, les temps d'apparition de la consommation et son augmentation peut varier selon le genre.

#### *Les séquences d'apparition*

*La dépression et la consommation de drogues et d'alcool.* Pour ce qui est de l'ordre d'apparition de ces troubles, Costello et al.(1999) ont établi certaines relations séquentielles (tableau 1). D'abord, la première consommation de drogues, l'usage de cannabis ainsi que

l'abus de drogues surviennent deux ans plutôt chez les garçons qui développent la dépression à 16 ans. Pour les filles, les résultats se sont avérés significatifs pour la consommation d'alcool. En fait, la consommation d'alcool commence deux ans et demi plutôt chez les filles dépressives, mais pour les autres types de drogues les filles sont moins affectées.

De plus, Clark et al. (1997) ont observé que les filles présentant une dépendance à l'alcool vivent presque deux fois plus de symptômes dépressifs et de symptômes d'état de stress post-traumatique que les garçons. La description chronologique indique que la dépression majeure est présente dans des proportions similaires avant et après le développement du problème de consommation d'alcool chez les filles. Par contre chez les garçons la dépendance à alcool survient avant l'apparition du trouble dépressif (tableau 1). Toutefois, Costello et ses collaborateurs (1999), dans leur étude sur le développement des concomitances chez les consommateurs, ont aussi pu identifier que la dépression est une exception quand à l'apparition de la coexistence. En effet, le commencement de tous les troubles surviennent avant la première consommation, tandis que la moyenne d'âge du commencement de la dépression se retrouve un an après le premier rapport avec la consommation d'alcool. Les séquences d'apparition de la consommation et des troubles dépressifs sont parfois inversées dans les différentes études. Cette relation semble être complexe et mérite d'être explorée.

Parmi les auteurs qui ont étudié cette relation, il y a Rao et ses collaborateurs (2000). Dans une étude auprès d'adolescentes, ces auteurs montrent que le trouble lié à la

consommation de substances prédit le trouble dépressif majeur. D'ailleurs, chez les filles qui développent initialement un trouble de consommation, la probabilité de vivre un épisode dépressif dans la prochaine année est de 33,6%. Par contre, quand la relation inverse a été vérifiée les résultats ne sont pas avérés significatifs. Cependant ce dernier résultat non-significatif peut s'expliquer par l'âge du développement du trouble de l'humeur. En fait, Wilens, Bierderman, Racheal, Millstein, Wozniak, Haheys et Spencer (1999), ont démontré que lorsque les jeunes développent un trouble bipolaire durant l'adolescence le risque de connaître un problème de consommation augmente significativement comparativement à ceux qui connaissent un épisode de trouble bipolaire durant l'enfance (39% versus 8%;  $p < .001$ ) (tableau 1).

Toujours selon Rao et al., (2000) vivre un trouble des conduites et par surcroît vivre un épisode bipolaire durant l'adolescence ne confèrent pas un risque de développer un problème de consommation comparativement à ceux sans trouble bipolaire. Par contre, tout comme l'étude précédente les adolescents ayant un trouble des conduites et un épisode bipolaire durant l'enfance sont significativement moins à risque de développer un problème de consommation (tableau 1).

Les résultats des études supportent que la consommation serait donc un précurseur du trouble dépressif, autant chez les filles et que chez les garçons. Cependant, la relation inverse est également observée, soit la présence du trouble dépressif avant celui de la consommation. Par exemple lorsque le trouble dépressif se développe durant l'adolescence et qu'il est accompagné d'un autre trouble tel l'état de stress post-traumatique, la

consommation fait alors son apparition après ces troubles. D'ailleurs certains chercheurs parlent de la consommation d'alcool et drogues comme étant un moyen d'automédication. De plus, certains résultats démontrent que lorsque le trouble dépressif et le trouble des conduites surviennent en milieu d'adolescence, la consommation risque d'apparaître par la suite.

*Le trouble des conduites et la consommation de substances.* En ce qui concerne la relation entre la consommation et le trouble des conduites, selon Brochu et Douyon (1990), les premières activités délinquantes précèdent de deux ans la consommation d'alcool et de trois à quatre ans l'usage du cannabis. Toutefois, pour ceux qui n'ont pas déjà développé un trouble des conduites, une étude montre que les adolescents connaissant un trouble d'abus de substances avant l'âge de 15 ans prédit par la suite de sévères symptômes de trouble des conduites (Robin et Przybeck, 1985). Entre autre dans l'étude de Henry, Feehan, McGee, Stanton, Moffitt et Silva (1993), sur les prédateurs de consommation de substances chez les garçons, les analyses révèlent que le trouble des conduites ou les symptômes dépressifs à l'âge de 11 ans sont plus fortement associé plus tard avec l'utilisation de marijuana et de multiples drogues. Pour les filles, cette relation n'a pas pu être établie (tableau 1).

Par ailleurs, Lynskey et Fergusson (1995) rapportent que les adolescents qui présentent un score élevé au trouble des conduites affirment boire de grandes quantités d'alcool comparativement à ceux avec un score bas au trouble des conduites. De plus, les adolescents avec un score élevé au trouble des conduites sont 2.3 fois plus enclins à vivre des problèmes qui sont reliés à l'alcool et 3.0 fois plus susceptibles de vivre des problèmes

reliés aux drogues illicites que les adolescents ayant un score plus bas au trouble des conduites (tableau 1).

D'après Disney, Elkind, McGue et Iacono (1999), un diagnostic de trouble des conduites prédit clairement la consommation de substances. En fait, dans les analyses des effets principaux, le trouble des conduites est significatif pour 10 des 11 substances évaluées. Le diagnostic du trouble des conduites a une influence accablante sur une grande variété de mesures d'abus et dépendance de substances. Cet effet est particulièrement proéminent dans le diagnostic de trouble de consommation. En fait, la présence du trouble des conduites augmente la probabilité relative de cinq à six fois de vivre un problème de consommation. D'ailleurs, 93.9% des filles diagnostiquées en trouble des conduites répondent à 15 ans à deux critères du comportement antisocial ainsi qu'à un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance. Toutefois, à 15 ans environ 27,8% des filles et 23% des garçons qui avaient un trouble des conduites ont un trouble de consommation de substances.

Une étude auprès de jeunes contrevenants (Randall et al., 1999) indique que la coexistence de troubles extériorisés prédit une augmentation générale de la délinquance et de la consommation de drogues illicites 16 mois après leurs apparitions (tableau 1). Toutefois, dans une étude faite auprès d'une population clinique (Wilens et al. 1997), le trouble des conduites émerge plus tard dans l'adolescence pour les sujets vivant avec un trouble de consommation de substances comparativement au groupe contrôle. De plus, le trouble des conduites apparaît plus fréquemment dans la même année que le trouble de

consommation de substances et aucun autre trouble psychiatrique évalué émerge après le trouble de consommation de substances.

Boyle et al. (1992) ont réalisé une étude sur la prédiction de la consommation chez les adolescents âgés entre 12 et 16 ans. Les analyses révèlent que les sujets évalués en 1983 qui présentent un trouble des conduites vont garder le même pronostic et risquent d'être initiés à la consommation de substances quatre ans plus tard. Le trouble des conduites est aussi considéré comme une valeur prédictive élevée de la consommation des drogues dures plus tard dans l'adolescence. Toutefois, étant donné que le trouble des conduites au début de l'adolescence est associé à l'initiation de marijuana et de drogues dures, la réduction de la consommation de substances peut survenir par un traitement efficace du trouble des conduites. Les données de cette étude indiquent que la diminution manquée de la consommation de substances peut être de 5,7% pour la marijuana et de 11,1% pour les drogues dures. Il faut alors considérer que le trouble des conduites n'explique pas totalement la consommation, d'autres facteurs détiennent une part des responsabilités dans les habitudes de consommation des adolescents.

Dans une étude longitudinale de Rohde, Lewinsohn et Seely (1996), les analyses de comparaison sur la séquence d'apparition des troubles indiquent qu'en général l'abus et la dépendance à l'alcool suivent plutôt que précèdent le début des troubles psychiatriques. La moyenne d'âge du début du trouble des conduites est de 12 ans et de 15.1 ans pour l'abus/dépendance à l'alcool. Dans cette même étude, 70% des adolescents vivant un trouble psychiatrique sont plus à risque de connaître une problématique de consommation d'alcool



aux deux temps de l'étude contrairement à 5.8% des adolescents n'ayant aucun diagnostic aux deux temps. De plus, 57 adolescents présentant un trouble psychiatrique au temps 1 et au temps 2 ont un statut de consommateurs d'alcool, 35,1% en viennent à faire partie du groupe d'adolescents ayant un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool. Par contre, seulement 14,9% des adolescents sans psychopathologie aux deux temps de l'évaluation connaissent des problèmes avec l'alcool. Les séquences d'apparition ont tendance à varier dans les différentes études. Toutefois, les résultats semblent congruents lorsque sont considérés l'âge de l'évaluation et les différentes conditions entourant les protocoles de recherche (tableau 1).

Ces différentes études sur les séquences du trouble des conduites et de la consommation indiquent que le trouble des conduites apparaît avant le début de la consommation. Toutefois, quand les jeunes n'ont pas développé le trouble des conduites et qu'ils commencent à consommer au cours de l'adolescence, le trouble des conduites émergent si les habitudes de consommation augmentent. D'ailleurs ces résultats peuvent être expliqués en partie par les conduites déviantes que vont développer les consommateurs pour avoir accès aux substances psychoactives. Par surcroît, il faut souligner le manque de mise en évidence des différences chez les genres dans les études réalisées.

Les relations entre la consommation, le trouble des conduites et la dépression ont été étudiés par de nombreux chercheurs. Pour la plupart, ils ont tenté de clarifier les différents liens qui relient ces variables. Toutefois, les résultats démontrent la complexité de leur relation et exposent que plusieurs facteurs font varier les résultats des recherches. En ce qui

concerne la concomitance entre le trouble des conduites et la consommation, il existe des variations au niveau du type de substances utilisées. Par exemple, la consommation d'alcool semble plus élevée pour le sujet en trouble des conduites ou ceux en trouble concomitants (TC et DEP) comparativement à ceux avec aucun trouble ou seulement en dépression.

Pour ce qui est de la concomitance entre la dépression et la consommation, la tendance est que les jeunes ayant un trouble dépressif sont plus exposés à la consommation que les jeunes sans trouble et que la consommation d'alcool est plus souvent en concomitance avec les symptômes dépressifs que la marijuana. Au niveau des différences de genre, en général les filles dépressives consomment davantage d'alcool, tandis que les garçons dépressifs consomment de la marijuana et autres types de drogues. Pour le trouble des conduites, autant les garçons que les filles consomment de la marijuana et autres types de drogues.

Les recherches sur les séquences d'apparition démontrent que le trouble des conduites arrive avant le début de la consommation. Toutefois, si les sujets n'ont pas développé un trouble des conduites mais qu'ils commencent à consommer au cours de l'adolescence, le trouble des conduites émerge si les habitudes de consommation augmentent. Par ailleurs, les études ont mis en évidence que la séquence entre la consommation et la dépression varie selon l'âge du commencement du trouble dépressif. En fait, la consommation est précurseur du trouble dépressif chez les deux genres, mais que la relation peut être inverse si la dépression survient tard.

La concomitance des troubles intériorisés et extériorisés semblent jouer un rôle déterminant sur les habitudes de consommation des adolescents. Cette revue de la littérature a permis d'ailleurs de mettre en évidence l'impact du trouble intériorisé sur le trouble extériorisé chez les adolescents et adolescentes consommateurs. Ces résultats représentent un enjeu pour la compréhension du développement des conduites déviantes et de la dépression à l'adolescence. Cependant de nombreux chercheurs ont fait des recherches sur la consommation et les troubles concomitants, ce qui a eu pour effet d'engendrer parfois des résultats qui se sont avérés divergents d'une étude à l'autre en raison des différentes méthodologies utilisées. En fait, l'importance de distinguer les garçons et les filles est souvent omise et peut expliquer en partie la divergence des résultats. Le nombre restreint des échantillons peut aussi expliquer ce déficit ce qui a pour effet de ne pas dégager et vérifier empiriquement certaines relations. L'importance de continuer à étudier ces variables afin de comprendre l'enchaînement des comportements des adolescents prime.

Les objectifs de la présente étude sont d'explorer les séquences d'apparition qui existent entre la consommation de substances, la dépression et le trouble des conduites ainsi que de mieux définir quelles sont les différences chez les garçons et les filles. Les hypothèses de recherche sont: 1- les garçons consomment davantage de drogues que les filles peu importe le temps d'évaluation 2- les sujets en trouble des conduites ou vivant une concomitance consomment davantage que les sujets déprimés ou sans trouble 3- le fait de présenter des troubles concomitants, dépressifs ou des conduites prédisent une augmentation de la consommation de drogues 4- les filles consomment davantage d'alcool que les garçons lorsqu'elles présentent un trouble dépressif.

## Méthode

### *Participants*

L'échantillon est composé de 866 élèves dont 414 garçons et 452 filles fréquentant quatre écoles secondaires de la région de Trois-Rivières. L'âge des participants varie entre 13 et 16 ans. Au premier temps, l'âge moyen est de 13,87 ans et de 14,89 ans au deuxième temps de l'évaluation. Les données proviennent d'une étude longitudinale de trois ans qui porte sur le fonctionnement cognitif, social et familial des adolescents dépressifs et en trouble des conduites. Les données des automnes 1999 et 2000 et des hivers 2000 et 2001 seront utilisées pour la réalisation de cette étude.

### *Les instruments de mesure*

*L'Inventaire de la dépression de Beck.* Le IDB, sera administré afin de mesurer la variable dépression (Beck, 1978 ; Bourque et Beaudette, 1982). La version française de cet inventaire est utilisée. Préalablement, cette version a été validée par Bourque et Beaudette (1982) auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Le IDB est une mesure auto-évaluative comportant 21 items qui mesurent les dimensions affectives, cognitives, comportementales et somatiques. Chaque item est constitué d'une échelle graduée de 0 à 3 où le sujet doit choisir la réponse qui correspond le mieux à la façon dont il s'est senti au cours des 7 derniers jours, incluant la journée de l'évaluation. Le point de coupure est de 16, il permet de déterminer la sévérité de la symptomatologie dépressive (Barrerra et Garrison-Jones, 1988). Le score total peut varier entre 0 et 63. Sa consistance interne, telle que mesurée par le coefficient Alpha de Cronbach, est de .80 (Baron et

Laplane, 1984). L'IDB présente des qualités psychométriques adéquates, qu'il s'agisse d'homogénéité interne ou de stabilité temporelle.

*Mesures d'Adaptation Sociale et Personnelle pour Adolescents Québécois.* Le MASPAQ est un questionnaire de délinquance auto-révlée (Leblanc, 1994) qui comporte une dimension sur la consommation d'alcool et de drogues, dont l'alpha est de .75. Cette dimension est présentée sous la forme de cinq questions relatives à la variété des produits utilisés au cours de la vie et de la dernière année, la fréquence d'utilisation ainsi que l'âge du début de l'expérimentation. L'analyse de distribution de fréquence sur la précocité des conduites marginales propose l'âge de 12 ans comme point de coupure (Leblanc et Fréchette, 1989 ; Leblanc, McDuff, Charlebois, Larivée et Tremblay, 1991).

*Behavior Assessment System Children.* Le BASC (Reynolds et Kamphaus, 1992), version française de Marcotte (2000), sera utilisé afin de mesurer le trouble des conduites. Il s'agit d'une échelle d'évaluation comportementale mesurant différents troubles intériorisés et extériorisés selon le DSM-IV, qui est complétée par le tuteur-enseignant de chaque élève. Parmi les différentes questions, douze items permettent de mesurer spécifiquement le trouble des conduites. L'enseignant doit répondre en fonction de ce qui correspond le mieux au comportement de l'élève depuis les six derniers mois. De plus, si le comportement de l'élève a beaucoup changé pendant cette période, le professeur doit décrire le comportement récent. Pour chaque item, le répondant doit choisir sur une échelle graduée si le jeune émet jamais, parfois, souvent ou presque toujours le comportement. La consistance interne de cette échelle est élevée avec un alpha de .90 pour le groupe d'âges des 12-14 ans et un alpha

de .89 pour le groupe d'âges des 15-18 ans. Dans une population clinique la consistance interne est comparable à celle observée dans la population générale, elle varie de .82 à .85 selon le groupe d'âges.

### *Procédure*

Le déroulement de l'expérimentation se fait comme suit : les différentes mesures sont administrées durant les périodes de cours de 50 minutes. Pour les jeunes de moins de 14 ans, un consentement écrit des parents a été signé pour qu'ils puissent participer à l'étude. Le BASC est aussi administré aux professeurs tuteurs de chaque élève; une fois que le questionnaire complété, les professeurs le remettent au directeur responsable sous une enveloppe scellée.

### Résultats

Des analyses de variance à mesure répétée seront d'abord présentés pour trois groupes cliniques et un groupe contrôle qui auront été formés au premier temps. Ensuite, les mêmes analyses seront répétées au deuxième temps où de nouveaux groupes cliniques et contrôle seront reformés afin d'explorer les distinctions sur la consommation de drogues et d'alcool. De plus, l'aspect longitudinal des données permettra de vérifier les variations des consommations entre les temps d'évaluation. Les analyses permettront aussi d'explorer s'il existe des différences majeures entre les garçons et les filles.

### *Groupes cliniques et contrôle formés au temps1*

D'abord, les résultats énoncent un effet principal du temps et un effet principal du groupe clinique au temps 1 sur la consommation de drogues (Tableau 2). Toutefois, l'effet du sexe ne s'est pas avéré significatif. Concernant l'effet principal du temps ( $F(1, 170.54) = 10.11, p < .01$ ), les résultats démontrent que les groupes cliniques et le groupe contrôle consomment davantage au temps 2 ( $\underline{M} = 22.47$ ) qu'au temps 1 ( $\underline{M} = 20.69$ ). Pour l'effet principal du groupe, les résultats illustrent qu'il existe dans les habitudes de consommation de drogues des différences entre les groupes d'appartenance ( $F(3, 312) = 15.06, p < .001$ ). Il est donc possible de confirmer la troisième hypothèse. Par ailleurs, aucun effet d'interaction n'est présent.

Afin de vérifier quels groupes se distinguent, des tests de différence de moyennes ont été effectués. Le test de comparaison multiple de Tukey a été utilisé. Les résultats (Tableau 3) permettent aussi d'appuyer la deuxième hypothèse. Ainsi les consommateurs des groupes formés au temps 1 ayant un trouble des conduites ( $\underline{M} = 24.04$ ) utilisent davantage de drogues que les sujets du groupe contrôle ( $\underline{M} = 19.73$ ) et que les sujets du groupe des jeunes déprimés ( $\underline{M} = 21.17$ ). Pour ce qui est du groupe concomitant ( $M = 25.85$ ), il se différencie significativement du groupe contrôle ( $\underline{M} = 19.73$ ) et du groupe de sujets déprimés ( $\underline{M} = 21.17$ ). Par ailleurs, lorsque les groupes formés au temps 1 sont évalués au temps 2 concernant leur consommation de drogues le groupe de sujets déprimés ( $\underline{M} = 22.55$ ), le groupe de sujets en trouble des conduites ( $\underline{M} = 24.59$ ), le groupe de sujets concomitants ( $\underline{M} = 25.02$ ) se distinguent du groupe contrôle ( $\underline{M} = 21.01$ ).

Des analyses ont été aussi réalisées pour vérifier qu'elles étaient les différences au niveau de la consommation d'alcool. Les résultats n'ont pas pu démontrer des effets principaux du genre et du groupe. Toutefois, l'effet du temps s'est avéré significatif concernant les différences de consommation d'alcool ( $F(1, 280) = 9.45, p < .01$ ). Ainsi les sujets des quatre groupes formés qui font usage d'alcool au temps 1 ( $M = 16.59$ ) ont augmenté significativement leur consommation de produits éthyliques lorsqu'ils sont réévalués au temps 2 ( $M = 16.97$ ) (Tableau 3). Par ailleurs, les résultats n'indiquent aucun d'effet d'interaction entre les variables.

#### *Groupes cliniques et contrôle formés au temps 2*

Au deuxième temps de l'étude, les groupes cliniques ont été reformés. Les mêmes analyses ont été effectuées afin de connaître s'il y a des variations dans la consommation de drogues chez les adolescents et adolescentes évalués (Tableau 4). Il a été démontré un effet principal du temps sur la consommation de drogues ( $F(1,339) = 15.8, p < .001$ ). Ce résultat signifie que tous les adolescents et adolescentes faisant partie d'un groupe formé au temps 2 consomment davantage en secondaire 3 qu'en secondaire 2. Les résultats énoncent aussi un effet principal du groupe clinique au temps 2 sur la consommation de psychotropes ( $F(3, 339) = 24.27, p < .001$ ). Toutefois, l'effet genre n'a pas atteint le seuil de signification.

Ainsi les adolescents des groupes cliniques formés au temps 2 ont des habitudes de consommation de drogues qui se distinguent (Tableau 5). Le test de comparaison de moyennes permet de démontrer que les sujets dépressifs ( $M = 21.48$ ), en trouble des conduites ( $M = 24.5$ ) et concomitants ( $M = 25.5$ ) obtenaient des niveaux de consommation



de drogues plus élevés que les sujets du groupe contrôle ( $\underline{M} = 19.36$ ) au temps 1. De plus, les adolescents présentant un trouble des conduites et les sujets concomitants font davantage usage de drogues que les sujets dépressifs lorsqu'ils sont comparés au temps 1. Par ailleurs, ces mêmes adolescents appartenant aux groupes formés au temps 2 montrent aussi des distinctions lorsqu'ils sont différenciés au temps 2. En fait, les sujets en trouble des conduites et concomitants présentent une consommation plus élevée que ceux du groupe contrôle ainsi que ceux du groupe des sujets déprimés.

De plus, il y a présence d'un effet d'interaction entre le genre et le temps qui vient confirmer la première hypothèse. L'effet simple du sexe des répondants de chaque temps indique une différence de consommation chez les garçons et les filles. En fait pour les groupes formés au temps 2, les garçons ( $\underline{M} = 20.7$ ) ne se distinguent pas significativement des filles ( $\underline{M} = 20.54$ ) pour la consommation de drogues lorsqu'ils sont comparés au temps 1. Toutefois, il y a une différence significative ( $F(1,432) = 8.52, p < .01$ ) lorsque ces mêmes sujets sont comparés au temps 2 (garçons  $\underline{M} = 23.15$ , filles  $\underline{M} = 21.86$ ).

Pour ce qui est de l'effet simple du temps, les analyses ont permis d'examiner la présence de variations dues au temps de l'évaluation lorsque sont séparées les données des garçons et celles des filles. Les résultats montrent que les garçons au temps 1 ( $\underline{M} = 20.7$ ) ont une consommation significativement moins élevée de drogues qu'au temps 2 ( $\underline{M} = 23.15$ ,  $F(1,432) = 54.28, p < .001$ ). Cette différence significative est aussi présente chez les filles ( $\underline{M} = 20.54$ ) du temps 1 lorsqu'elles sont distinguées avec les adolescentes ( $\underline{M} = 21.86$ ) du temps 2 ( $F(1, 432) = 21.15, p < .001$ ).

Pour ce qui est des analyses mesurant la consommation d'alcool des groupes formés au temps 2 de l'étude, aucun résultat ne s'est avéré significatif que se soit pour les différences de genre ( $F(1, 300) = 5.94, p > .05$ ) pour les groupes d'appartenance ( $F(3, 300) = 0.99, p > .05$ ) et le temps d'évaluation ( $F(1, 300) = 0.33, p > .05$ ) (Tableau 5). De plus, aucun effet d'interaction n'a atteint le seuil de signification. Ainsi la quatrième hypothèse concernant la consommation d'alcool chez les filles dépressives n'a pas pu être validée.

Par ailleurs, des t-tests pairés ont permis de mesurer pour les sujets des groupes cliniques les variations des états dépressifs et comportementaux dans le temps. D'abord, pour le groupe des sujets dépressifs formé au temps 1 les analyses révèlent que l'humeur dépressive est significativement plus élevée au temps 1 ( $M = 22.63$ ) comparativement lorsqu'elle est réévaluée au temps 2 ( $M = 15.36$ ). Par contre, les résultats sont inversés pour les sujets faisant partie d'un groupe clinique formé au temps 2. En fait, les sujets présentant des états dépressifs ( $M = 21.56$ ) sont significativement plus élevés au temps 2 que lorsqu'ils sont mesurés au temps 1 ( $M = 16.34$ ).

Des test-t pairés ont aussi été effectués pour les sujets vivant un trouble des conduites (Tableau 6). Les sujets faisant partie du groupe troubles des conduites au temps 1 démontrent une différence significative lorsqu'ils sont comparés aux deux temps d'évaluation (T1 :  $M = 9.57$ ; T2 :  $M = 9.05$ ). Toutefois, l'écart des moyennes mesurant le troubles des conduites n'est pas autant prononcé que celui des états dépressifs précédemment exposés. Concernant les groupes cliniques formés au temps 2, les résultats

révèlent que la moyenne ( $\underline{M} = 12.5$ ) des troubles des conduites au temps 2 est de beaucoup supérieure à celle de ces mêmes sujets au temps 1 ( $\underline{M} = 5.64$ ).

### Discussion

La présente recherche a donc pour objectif d'examiner la séquence d'apparition de la consommation de drogues et d'alcool chez les adolescents et adolescentes en dépression, en trouble des conduites ou présentant une concomitance des deux troubles.

#### *Groupes cliniques formés au temps 1*

L'hypothèse énonçant que les sujets ayant un trouble des conduites ou vivant une concomitance consomment davantage que les sujets déprimés ou sans trouble est confirmée par les résultats. D'ailleurs des différences entre ces groupes sont présentes autant au temps 1 qu'au temps 2 pour les groupes formés au temps 1. De ce fait, même si les sujets avancent en âge, il y a toujours une prédominance de consommation de drogues chez les TC et chez les jeunes présentant une concomitance de troubles. De plus, en raison de leur état dépressif, les jeunes vivant une concomitance peuvent être parfois portés à croire que l'effet apaisant du produit amène une diminution des symptômes dépressifs. Par surcroît, les sujets vivant un trouble des conduites semblent plus propice à être exposés dans leurs activités délictueuses à la consommation ainsi qu'aux mauvaises influences comparativement aux sujets dépressifs ou sans trouble.

Par contre, cette prédominance de consommation chez les TC et les concomitants n'a pas pu être observée au niveau de la consommation d'alcool. En fait, les quatre groupes

présentent une augmentation d'utilisation d'alcool d'un temps à l'autre. Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Miller-Johnson et al. (1998) qui soutiennent que les groupes de TC et de concomitants (TD et DEP) se différencient des jeunes déprimés et de ceux ayant aucune trouble au niveau des produits éthyliques. Par ailleurs, il faut mentionner que les temps d'évaluation de l'étude de Miller-Johnson et al. (1998) débutaient au moment où les sujets étaient en sixième année. Par conséquent, la différenciation être faite pour les sujets concomitants et en trouble des conduites en plus bas âge. Toutefois, dans la présente étude cette distinction n'a pas pu être constatée, étant donné que les sujets ont été évalués à partir de l'âge de 13 ans.

#### *Groupes cliniques formés au temps 2*

Au niveau des distinctions chez les genres, aucune analyse n'a permis de montrer des différences spécifiques aux groupes cliniques. Toutefois, les résultats démontrent que les garçons des groupes cliniques du temps 2 se différencient des filles pour la consommation de drogues. D'ailleurs, ces résultats vont dans le même sens de ceux des autres études réalisées, où la consommation augmente davantage chez les garçons comparativement aux filles (Vitaro et al., 1998). En fait, Miller-Johnson et al., (1998) ont mesuré la consommation à partir de la sixième année scolaire et démontrent une augmentation des consommations pour les deux sexes à la dixième année. Toutefois, l'utilisation des produits a continué d'augmenter significativement pour les garçons à la dixième année contrairement aux filles qui n'ont pas présenté d'augmentation significative.

### *Comparaison entre les deux séries d'analyses*

Concernant la troisième hypothèse, elle a pu être en partie confirmée puisque les résultats illustrent que les trois groupes cliniques présentent une consommation plus élevée de drogues et d'alcool au temps 2 qu'au temps 1. Toutefois, les résultats démontrent aussi que les groupes contrôles des deux séries d'analyses connaissent une augmentation des consommations d'alcool et de drogues. En fait, il est possible d'expliquer ce résultat concernant le groupe contrôle, par l'âge du début de l'expérimentation des substances chez des adolescents en général, qui se situe entre 13 et 14 ans (Brochu et Douyon, 1990). De plus, il est à noter que les analyses rapportent que le groupe contrôle est celui où les moyennes de consommation sont moins élevées comparativement aux groupes cliniques. Par surcroît, au temps 2 lorsque de nouveaux groupes cliniques ont été formés les résultats sont congruents avec les premiers puisqu'au moment de l'évaluation des sujets des groupes contrôles au temps 1, la consommation s'est avérée moins élevée.

### *Séquences d'apparitions*

Concernant les séquences d'apparitions spécifiques à la consommation, les analyses permettent de démontrer qu'une consommation de drogues au temps 1 pour les groupes vivant un trouble ou deux, prédit l'augmentation de la consommation au temps 2 étant donné que l'augmentation de la consommation du groupe contrôle n'a pas été significative. D'abord, concernant le lien entre la dépression et la consommation, la littérature met en évidence la difficulté d'identifier les séquences d'apparitions. Les résultats de la présente étude démontrent qu'au premier temps, la dépression ne se distingue pas au niveau de la consommation de drogues comparativement aux deux groupes cliniques, toutefois au

deuxième temps la consommation a augmenté significativement. Ces résultats vont dans le même sens de ceux de Henry et al.(1993), mais se montrent en contradiction avec différentes études (Costello et al., 1999 et Rao et al., 2000) qui démontrent que la consommation précède le trouble dépressif. Toutefois, en raison des limites de cette étude la mise en évidence de l'importance de la consommation d'alcool lors de l'arrivée du trouble dépressif n'a pu être démontrée (Costello et al., 1999 ; Rao et al., 2000).

Au niveau de la séquence d'apparition du trouble des conduites et de la consommation, les résultats démontrent que les sujets ayant un trouble des conduites consomment davantage des drogues au temps 1 et qu'il y a augmentation au temps 2. Cette validation d'hypothèses confirment les résultats des études déjà réalisées à cet effet (Henry et al., 1993 ; Lynskey & Fergusson, 1995; Disney et al., 1999; Randall et al., 1999; Boyle et al., 1992). Concernant la concomitance des troubles dépressifs et des conduites, les analyses font état d'une consommation de drogues plus élevée chez les sujets concomitant comparativement à ceux seulement dépressifs. Ces résultats viennent ajouter à ceux de Miller-Johnson et al. (1998) qui font état que le niveau d'alcool est plus élevé chez le groupe concomitant lorsqu'il est réévalué dans le temps. En fait, la présente étude a démontré que les sujets concomitants avaient déjà un niveau de consommation plus élevé que les autres groupes au premier temps et que par la suite leurs consommations de drogues augmentait à la deuxième évaluation.

Toutefois, en raison des limites de l'étude, les résultats n'ont pas pu démontrer quel trouble a émergé en premier et de déterminer si la consommation était déjà présente.

D'ailleurs, les limites statistiques sont aussi présentes pour les résultats sur les séquences énumérées précédemment. Entre autre, les analyses ont démontré que les sujets dépressifs étaient à la limite du point de coupure au temps 1, donc déjà assez dépressifs et davantage au temps 2. Cette constatation suggère comme avenues futures d'utiliser des analyses plus sophistiquées tenant compte du niveau des troubles au temps 1 pour les analyses du temps 2 et inversement. Où encore, il aurait fallu faire des groupes non dépressifs au temps 2 dans la première série d'analyses et non dépressifs au temps 1 dans la deuxième série d'analyses.

Une autre des limites de cette recherche concerne les problèmes méthodologiques inhérents aux genres. En fait, la quatrième hypothèse de recherche qui suppose que les filles consomment davantage d'alcool que les garçons lorsqu'elles présentent un trouble dépressif n'a pas pu être validée. En effet, le nombre de filles ayant un niveau élevé de consommation d'alcool et ayant un trouble dépressif n'a pas atteint le seuil de signification. D'ailleurs, l'étude de Costello et al. (1999) démontrent les mêmes résultats non-significatifs concernant la consommation d'alcool et du trouble dépressif chez les filles et ce, en raison de la grandeur de l'échantillon.

De plus, une autre limite de l'étude réside dans le peu d'écart entre les deux temps de mesure . Par conséquent, les résultats ne permettent pas de démontrer si la consommation d'alcool augmente considérablement pour les filles dépressives lorsqu'elles avancent en âge. D'ailleurs, les analyses statistiques de l'étude de King et al. (1996) et de celle de Clark et al. (1997), où les évaluations étaient faites sur une plus longue période de temps, ont permis de déterminer le trouble dépressif avait un impact à long terme sur la consommation d'alcool.

## Conclusion

Dans le cadre de l'approfondissement des connaissances sur le vécu des adolescents et adolescentes, cette étude a permis d'investiguer et de dégager le développement des différents troubles entourant les adolescents se dirigeant vers une problématique de consommation de drogues et d'alcool. Cette recherche a alors pu mettre en évidence l'influence de la consommation sur les troubles dépressifs et des conduites ainsi que de situer l'apparition d'un problème de consommation chez les sujets en trouble ou en devenir.

Si les troubles dépressifs et des conduites ont été priorisés, c'est qu'il existe dans la littérature des confusions dans les résultats concernant les séquences d'apparitions de ceux-ci lorsque la consommation est impliquée. Les différentes analyses ont donc permis de préciser qu'il existe des différences significatives dans l'évolution des symptômes d'un produit à l'autre. D'ailleurs, les résultats non-significatifs rencontrés avec la consommation d'alcool suggèrent que pour les recherches futures l'utilisation d'un instrument de mesure faisant l'inventaire des différents produits alcoolisés devrait être utilisés plutôt que de le restreindre à la consommation d'alcool en générale comme dans cette étude-ci. De plus, malgré la grandeur de l'échantillon de cette étude, les différences au niveau des genres n'ont pu être validées. En fait, il est difficile de trouver dans une population non clinique un nombre suffisant de sujets d'un sexe spécifique ayant soit un trouble ou deux ainsi qu'une consommation de drogues et d'alcool élevée, voire problématique.

Au niveau de l'intervention clinique, la mise en évidence de l'augmentation des consommations suite à l'apparition d'un trouble ou d'une concomitance permet de prioriser



le traitement sur le trouble et d'habiliter à travers l'intervention, l'adolescent à ne pas avoir recours à la consommation pour gérer le malaise vécu. Dépister tôt le trouble dépressif et des conduites peut aussi amener les jeunes à éviter le développement des concomitances. D'ailleurs, pour le jeune dépressif, une révolte peut alors se produire et ainsi transformer son malaise en trouble des conduites qui est associé à des comportements marginalisés dont la consommation. À l'opposé, le jeune en trouble des conduites emprisonné dans ses comportements déviants, souvent lourd de conséquences, peut ressentir du découragement qui ouvre la porte au développement d'un état dépressif qu'il va tenter de gérer lui-même par la consommation.

Cette recherche a donc permis de renforcer l'importance d'intervenir auprès des jeunes vulnérables au développement de troubles dépressifs et des conduites puisque si l'expérimentation des substances est déjà entamée avant le développement des troubles, le jeune peut rapidement retrouver dans la consommation la procuration d'un sentiment de bien-être éphémère qui lui permet de fuir sa réalité. Toutefois, suite aux résultats non-significatifs au niveau de l'alcool, il serait important de la distinguer des psychotropes dans les recherches à venir, puisque elle semble jouer un rôle différent au niveau des troubles rencontrés chez les jeunes.

## Références

American Psychiatric Association (1994). *The diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.) Washington, DC: Author.

Baron, P. et Laplante, L. (1984). L'inventaire de dépression de Beck : son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. *Revue de modification du comportement*. 14 (4), 161-166.

Barrera, M. et Garrison-Jones, C. (1988). Properties of the Beck depression inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*. 16 (3), 263-273.

Beck, A.T. (1978). Depression inventory, Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

Bourque, P. et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du comportement*. 14 (3), 211-218.

Boyle, M. et Offord, D. (1991). Psychiatric disorder and substance use in adolescence. *The Canadian journal of psychiatry*. 36 (10), 699-705.

Boyle, M., Offord, D., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J. et Links, P. (1992). Predicting substance use in late adolescence: results from the Ontario child health study follow-up. *American journal of psychiatry*. 149 (6), 761-767.

Brochu, S. et Douyon, A. (1990). La consommation de psychotropes chez des jeunes de 13 et 18 ans en centre de réadaptation. Montréal : Association des intervenants en toxicomanie du Québec.

Clark, D., Pollock, N., Bukstein, O., Mezzich, A., Bromberger, J. et Donovan, J. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American academy child and adolescent psychiatry*. 36 (9), 1195-1203.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. et Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age-and gende-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34, 851-867.

Costello, E., Erkanli, A., Ferderman, E. et Angold, A., (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. *Journal of clinical child psychology*. 28 (3), 298-311.

Disney, E., Elkind, I., McGue, M. et Iacono, W. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American journal of psychiatry*. 156 (10), 1515-1521.

Essau, C., Conradt, J. et Petermann, F. (2000). Frequency , comorbidity and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of adolescent research*. 15 (4), 470-481.

Frick, P.J. (1998). Conduct disorders and severe antisocial behavior. New York: Plenum Press.

Grilo, C., Walker, D., Becker, D., Edell, W. et McGlashan, T. (1997). Personality disorders in adolescents with major depression, substance use disorders, and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 65 (2), 328-332.

Grilo, C., Becker, D., Fehon, D., Walker, M., Edell, W. et McGlashan, T. (1998). Psychiatric morbidity differences in males and female adolescent inpatients with alcohol use disorders. *Journal of youth and adolescence*, 27 (1), 29-40.

Henry, B., Feehan, M. McGee, R., Stanton, W. Moffitt, T. et Silva, P. (1993). *Journal of abnormal child psychology*. 21 (5), 469-480.

Kandel, D., Johnson, J., Bird, H., Canino, G. Goodman, S., Lahey, B., Regier, D., Schwab-Stone et Mary (1997). Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: finding from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *Journal abnormal child psychology*. 25 (2), 121-132.

King, C, Ghaziuddin, N, McGovern, L., Brand, E., Hill, E. et Naylor, M. (1996). Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *Journal of American academy child and adolescent psychiatry*. 35 (6), 743-751.

Kovac, M., Feinberg, T.L., Crousse-Novak, M. C., Paulauskas, S. L., Pollock, M. et Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.

Leblanc, M. et Fréchette, M. (1989). *Male criminal activity, from childhood through youth : Multilevel and developmental perspectives*. New York: Springer-Verlag.

Leblanc, M., McDuff, P. et Tremblay, R.E. (1991). Types de famille, conditions de vie, fonctionnement du système familial et de mésadaptation sociale au cours de la latence et de l'adolescence dans les milieux défavorisés. *Santé Mentale au Québec XVI* (1), 45-75.

Leblanc, M., (1994). *MASPAQ Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*. Montréal : Groupe de Recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant. Université de Montréal.

Lynskey, M. et Fergusson, D. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use. *Journal of abnormal child psychology*. 23 (3), 281-302.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., et Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31, 50-59.

Miller-Johnson, S., Lochman, J., Coie, J., Terry, R. et Hyman, C. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade : substance use outcomes across adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 26 (3), 221-232.

Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. et Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*. 48 (2), 155-158.

Piacentini, J.C., Klein, R.C., Koplewicz, et Dciker, H. (1990). Comorbidity of depression and substance abuse in adolescent. *Scientific Procceding of the Annual Meeting of the American Academy of child and Adolescent*. 6 (69)

Randall, J. Henggeler, S, Pickrel, S. et Brondino, M. (1999). Psychiatric comorbidity and the 16-month trajectory of substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 38 (9). 1118-1124.

Rao, U., Daley, S. et Hammen, C.(2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood. *Journal of American academy child and adolescent psychiatry*, 39 (2), 215-222.

Reynolds, W.M. (1994). Depression in adolescents: Contemporary issues and perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16, 261-316.

Reynolds, C. et Kamphaus, R. (1992). *Behavior assessment system for children*, Manuel. Circle Pines: American Guidance Service.

Robins, L.N. et Przybeck. T.R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. *Etiology of drug abus: Implications for Prevention*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug use.

Rohde, P., Lewinsohn, P. et Seeley, J. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*. 35 (1), 101-109.

Romano, E., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Zoccolillo, M. et Pagani, L. (1999). *Mental Health Functioning Among Adolescents : Prevalence and Comorbidity Finding from a longitudinal study*. Montréal: Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant. Université de Montréal.

Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Lahey, B.B., Bourbon, K., Jensen, P.S., Bird, H.R., Canino, G. et Regier, D.A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3):Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35, 865-878.

Vitaro, F., Zoccolillo, M., Romano, E. et Tremblay, R.E., (1998). Comorbidité entre trois types de problèmes d'adaptation à l'adolescence et facteurs associés. *Problèmes de toxicomanie et de Santé Mentale chez les adolescents québécois : prévalence, comorbidité et caractéristiques associées*. Montréal: Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant. Université de Montréal.

Wilens, T., Biederman, J., Abrantes, A. et Spencer, T. (1997). Clinical Characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *Journal of the American academy child and adolescent psychiatry*. 36 (7), 941-947.



Wilens,T., Biederman, J., Millstein, R., Wozniak, J., Haahes, A. et Spencer, T. (1999). Risk for substance use disorders in youth with child and adolescent-onset bipolar disorder. *Journal of the American academy child and adolescent psychiatry*, 38 (6), 680-685.

**Tableau 1 Synthèse des études ayant dégagées des séquences d'apparition des troubles dépressifs et des conduites chez les consommateurs**

Étude	Échantillon	Instruments de mesure	Séquence dégagée (1er trouble→2eme trouble)
Costello et al. (1999) Étude longitudinale	n=1420 Temps1 9 ans Temps2 11 ans Temps3 13 ans	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), The mood and feeling Questionnaire	*F= Cons. alcool→ Dép. *G=Cons. drogues→ Dép.
Clark et al. (1997)	n=251 Gr. clinique et gr. contrôle Sujets âgés de 14 à 18 ans	Structured Clinical Interview for DSM, Lifetime History of alcohol use Interview, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (K-SADS)	G et F= tr. des conduites → cons. alcool F= Dep. → Cons. alcool G= Cons. alcool→ Dép.
Rao et al. (2000) Étude longitudinale	n=155 Filles âgées entre 17 à 19 ans	Structured Clinical Interview for DSM 111-R, Beck Depression Inventory Chronic Stress Interview, Rutgers Collegiate Substance Abuse Screening Test	F= Cons de subs.→ Dép.
Wilens et al. (1999)	n=333 Sujets âgés entre 13 et 18 ans	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	Tr. bipolaire à l'ado. → Cons. de substances Tr. bipolaire à l'enfance ≠ Tr. de cons.
Henry et al. (1993) Étude longitudinale	Temps 1 n=752 Évalués à 11 ans Temps 2 n=956 Évalués à 15 ans	DISC, Self Report Early Delinquency	G= Tr. des conduites → Cons. de drogues G= Dép. → Cons. de drogues

Lynskey et al. (1995) Étude longitudinale	n= 1265, Évalués à 8 ans n= 990 Évalués à 15 ans	Rutgers Alcohol Problem Index Illicit Drug Use Questionnaire, DISC	Tr. de comportement à l'enfance → Cons. d'alcool et de drogues
Disney et al. (1999)	n=634 (pairs de jumeaux) âgés de 17 ans	Diagnostics Interview for Children and Adolescents-Revised, Composite International Diagnostic Interview	F et G= Trouble des conduites → Cons. de substances
Randall et al. (1999)	n=118 jeunes contrevenants, âgés entre 12 à 17 ans	DISC, Self-Report Delinquency Scale, PEI, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-111, Issues Checklist, Peer Conformity Inventory, Revised Problem Behavior Checklist	Concomitance de deux troubles extériorisés dont le trouble des conduites → Cons. drogues
Wilens et al.(1997)	n= 38 (trouble de consommation de substances) n= 321 (sans trouble de consommation)	K-SADS-E	Cons. de substances → Trouble des conduites
Boyle et al. (1992) Étude longitudinale	Temps1 n=1202 Âgés de 12 à 16 ans Temps 2 n= 726 Âgés de 16 à 20ans	Child Behavior Checklist	Trouble des conduites → Cons. de substances.
Rohde et al. (1996) Étude longitudinale	Temps 1 n= 1709, Âgés de 14 ans Temps 2 n= 1507 Âgés de 18 ans	K-SADS-E	Troubles des conduites → Cons. de substances

\* F= filles et G= garçons

**Tableau 2 Analyses de variance de la consommation de drogues et d'alcool en fonction du sexe, du groupe et du temps (Temps 1)**

Variables	Source de variation	dl	Carré moyen	F	P
Consommation de drogues	Sexe	1	35.15	1.23	NS
	Groupe Clinique	3	430.27	15.06	.000
	Temps	1	107.54	10.11	***
Effet	Groupe x sexe	3	12.94	.45	.002 **
d'interaction	Groupe x Temps	3	11.63	1.09	NS
	Sexe x temps	1	2.53	0.24	NS
	Groupe x sexe x temps	3	9.21	0.87	NS
	Résiduel	312			NS
	Total	320			
Consommation d'alcool	Sexe	1	2.69	1.16	NS
	Groupe	3	2.8	1.21	NS
	Temps	1	10.51	9.45	.01 **
Effet	Groupe x sexe	3	0.42	0.18	NS
d'interaction	Groupe x Temps	3	1.08	0.97	NS
	Sexe x temps	1	0.32	0.29	NS
	Groupe x sexe x temps	3	0.56	0.51	NS
	Résiduel	280			
	Total	288			

Note. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

**Tableau 3 Moyennes des consommations d'alcool des groupes formés au temps 1**

Groupe Clinique temps 1					
	Dépression	Trouble des	Concomitant	Groupe	F
		conduites		contrôle	
	1	2	3	4	
Consommation	21,17	24.04	25.85	19.73	20.43 ***
au temps 1	(n = 82)	(n = 33)	(n = 23)	(n = 233)	2 > 1,4 3 > 1,4
Consommation	22.55	24.6	25.02	21.01	13.38
au temps 2	(n = 87)	(n = 34)	(n = 21)	(n = 334)	1, 2, 3 > 4
Note. *p < .05 **p < .01 ***p < .001					

**Tableau 4 Analyses de variance de la consommation de drogues et d'alcool en fonction du sexe, du groupe et du temps (Temps 2)**

Variables	Source de variation	dl	Carré moyen	F	P
Consommation de drogues	Sexe	1	20.46	0.77	NS
	Groupe Clinique	3	645.09	24.27	.000 ***
	Temps	1	163.21	15.80	,000 ***
Effet d'interaction	Groupe x sexe	3	18.36	0.69	NS
	Groupe x Temps	3	4.18	0.4	NS
	Sexe x temps	1	51,66	5.00	,026 *
	Groupe x Sexe x temps	3	4.67	0.45	NS
	Résiduel	339			
	Total	347			
Consommation d'alcool	Sexe	1	5.94	2.56	NS
	Groupe Clinique	3	0.99	0.43	NS
	Temps	1	0.33	0.31	NS
Effet d'interaction	Groupe x sexe	3	1.78	0.77	NS
	Groupe x Temps	3	2.6	2.4	NS
	Sexe x temps	1	2.24	2.07	NS
	Groupe x sexe x temps	3	1.32	1.21	NS
	Résiduel	300			
	Total	308			

Note. \*p < .05 \*\*p < .01 \*\*\*p < .001

**Tableau 5 Moyennes de la consommation de drogues des groupes formés au temps 2**

Groupe Clinique temps 2					
	Dépression	Trouble des	Concomitant	Groupe	F
		conduites		contrôle	
	1	2	3	4	
Consommation	21.48	24.5	25.5	19.36	27.46 ***
au temps 1	(n = 53)	(n = 48)	(n = 12)	(n = 269)	1 > 4 2 > 1,4 3 > 1,4
Consommation	21.89	25.36	25.67	20.94	20.12 ***
au temps 2	(n = 70)	(n = 48)	(n = 15)	(n = 372)	2, 3 > 4, 1
Note. *p < .05 **p < .01 ***p < .001					

**Tableau 6    Tests-t pairés Groupes cliniques T1 et T2**

	dl	T	P
Dépressif (T1)	117	7.24	.06 **
Dépressif (T2)	93	5.78	.000***
Trouble des conduites (T1)	43	.53	.01**
Trouble des conduites (T2)	57	10.45	.000***

Note. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$